QUELQUES CONSIDÉRATIONS N° 4

SUR

# LE CANCER PRIMITIF DU LARYNX

A L'OCCASION

D'UNE OBSERVATION D'EXTIRPATION PARTIELLE DE CET ORGANE

*Pratiquée à l'Hôpital Maritime de Toulon*

Par M. le Directeur du Service de Santé BÉRENGER-FÉRAUD

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 29 Novembre 1890**

PAR

**Henri HENNEQUIN**

Né à Equeurdreville (Manche), le 25 juin 1866

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

**3, Place de la Mairie, 3**

1890

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

| | | |
|---|---|---|
| Médecine légale et toxicologie. . . . . | MM. | JAUMES. |
| Clinique chirurgicale. . . . . | | DUBRUEIL (✻). |
| Chimie médicale et Pharmacie . . . . . | | ENGEL. |
| Id. VILLE (Ch. de c.) | | |
| Hygiène. . . . . | | BERTIN-SANS. |
| Clinique médicale . . . . . | | CASTAN (✻). |
| Clinique médicale . . . . . | | GRASSET. |
| Physiologie. . . . . | | LANNEGRACE. |
| Clinique chirurgicale. . . . . | | TEDENAT. |
| Clinique obstétric. et gynécol. . . . . | | GRYNFELTT. |
| Opérations et appareils . . . . . | | CHALOT. |
| Anatomie pathologique et histologie . . . | | KIENER (✻). |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | | HAMELIN (✻). |
| Anatomie. . . . . | | PAULET (O. ✻ ✻). |
| Pathologie interne. . . . . | | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | | MAIRET. |
| Physique médicale. . . . . | | IMBERT |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . | | GRANEL. |
| Pathologie externe (Ch. d. c.). . . . . | | ESTOR. |

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

## Chargés de Cours de Cliniques annexes

| | | |
|---|---|---|
| Clinique des maladies des vieillards . . . | MM. | MOSSÉ (✻), agrégé. |
| Clinique ophthalmologique . . . . . | | TRUC, agrégé. |
| Clinique des maladies des enfants. . . . | | BAUMEL, agrégé. |
| Clinique des mal. syphilit. et cutanées. . | | BROUSSE, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. DE GIRARD | MM. TRUC | MM. SARDA |
| BLAISE | GERBAUD | ESTOR |
| BAUMEL | GILIS | HÉDON |
| VILLE | BOINET | LECERCLE |
| FORGUE | BROUSSE | |

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

## Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
CARRIEU, *professeur.*
TRUC, *agrégé.*
BOINET, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON GRAND'PERE

A MON PERE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

H. HENNEQUIN.

A MES PARENTS

A mes Amis et Camarades de la Marine

H. HENNEQUIN.

A Monsieur BÉRENGER-FÉRAUD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ AU MINISTÈRE DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'INSTRUCTION PUBLIQUE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDÉCINE

H. HENNEQUIN.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

H. HENNEQUIN.

# INTRODUCTION

Loin de nous la prétention de vouloir, dans ce modeste travail, faire une étude complète sur le cancer primitif du larynx ; elle a été trop bien et trop complètement exposée dans les ouvrages de laryngologie des auteurs français et étrangers, ainsi que dans quelques thèses précédentes ; notre seul but, dans cette thèse inaugurale, sera de publier une observation détaillée sur un cas d'extirpation partielle du larynx, pratiquée l'année dernière par M. Bérenger-Féraud, et à laquelle il nous a été permis d'assister.

A ce propos, après nous être livré à quelques considérations générales sur le cancer primitif du larynx, et avoir décrit succinctement les divers modes opératoires qui ont précédé l'extirpation de cet organe, nous nous efforcerons de prouver, en nous basant sur les statistiques récentes, la valeur réelle de cette opération toute d'actualité. Nous terminerons par l'historique et la technique opératoire de l'extirpation.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à notre excellent et vénéré maître, M. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine, qui, durant le cours de nos études médi-

cales, n'a cessé de nous entourer de la plus vive sollicitude. Il ne s'est pas contenté de nous livrer l'observation qui fait le sujet de cette étude, et que nous reproduisons textuellement ; mais en nous prodiguant également ses conseils, il nous a permis de mener à bonne fin ce travail.

Que M. le Professeur Tédenat, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'assurance de notre profonde gratitude.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

# CANCER PRIMITIF DU LARYNX

A L'OCCASION

D'une Observation d'extirpation partielle de cet Organe

PRATIQUÉE A L'HÔPITAL MARITIME DE TOULON

---

## CHAPITRE PREMIER

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE CANCER PRIMITIF DU LARYNX

Ce n'est que depuis quelques années que le cancer du larynx a pris en pathologie, et spécialement en pathologie chirurgicale, une importance de premier ordre. Trousseau et Barth, et avant eux Morgagni, n'en possédaient que quelques cas, et il n'y a pas longtemps encore, Isambert, dans ses leçons cliniques sur le cancer du larynx, commençait son étude en le déclarant peu connu. Avant la découverte du laryngoscope, le diagnostic du cancer laryngé n'était guère posé que sur la table d'autopsie ; on se bornait à noter des signes fonctionnels et subjectifs n'ayant rien de caractéristique, et, quant au traitement, il était complètement laissé de côté.

La découverte de Czernack (1858) permettant une étude plus sérieuse, les cancers primitifs du larynx devinrent l'objet de communications nombreuses. Le nombre d'observations de cancer du larynx augmenta chaque jour, et aujourd'hui il se chiffre par centaines.

*Anatomie pathologique.* — Beaucoup plus rare que le cancer secondaire, le cancer primitif du larynx revêt deux types bien distincts : l'épithélioma et l'encéphaloïde, le squirrhe constituant une véritable exception dans l'organe vocal.

L'épithélioma est, de toutes les tumeurs malignes, celle que l'on rencontre le plus fréquemment dans le larynx ; Morell-Mackensie en a trouvé 45 sur 53 cas ; il n'y avait que 2 squirrhes et 6 encéphaloïdes.

En outre, l'épithélioma est la plupart du temps une affection intra-laryngée, siégeant sur les cordes vocales et dans la partie sus-glottique du larynx.

L'encéphaloïde est le plus souvent extra-laryngé ; il siège particulièrement sur l'épiglotte et à l'entrée des voies digestives.

« Le cancer primitif du larynx se développe, soit aux dépens » de la muqueuse même ou du tissu sous-muqueux, soit aux » dépens des glandes acineuses, qu'on trouve répandues dans » la région vocale ou dans la région aryténoïdienne et épiglot- » tique ; puis, il envahit autour de lui, plus ou moins rapide- » ment suivant les cas (1). » Il est tantôt circonscrit, présentant l'aspect d'une tumeur plus ou moins volumineuse, le plus souvent à large base d'implantation, quelquefois, mais très rarement, pédiculisé ; tantôt le cancer est diffus et s'étend à une grande étendue de la paroi laryngée.

---

(1) Schwartz. Thèse d'agrégation. (Paris, 1886).

Qu'elle soit circonscrite ou diffuse, la tumeur ne tarde pas à s'ulcérer et à donner un ichor sanieux ou sanguinolent, qui est rejeté par les expectorations du malade et qui rend l'haleine du cancéreux si fétide.

Pendant que superficiellement la tumeur s'ulcère, elle détruit dans la profondeur, envahissant les parties fibreuses et les cartilages du larynx, gagnant plus tard les tissus qui avoisinent cet organe.

Les cancers primitifs du larynx offrant les mêmes caractères histologiques que les cancers développés dans d'autres régions, nous passerons sous silence leur structure microscopique.

*Étiologie.* — Quelles sont les causes du cancer laryngien ? L'hérédité est la seule cause universellement reconnue, bien qu'elle soit moins bien établie pour cette forme de cancer que pour beaucoup d'autres.

Quant aux causes prédisposantes, ce sont, d'après Fauvel, « celles qui déterminent une congestion violente, longtemps » prolongée, de l'organe vocal, telles que le séjour dans un » pays humide et froid, sur le bord de la mer, par exemple, » l'habitation dans les lieux où se trouvent en permanence des » vapeurs irritantes, l'abus du tabac, que nous devrions peut-» être mettre en première ligne, l'abus des liqueurs fortes, de » la parole ».

Les traumatismes extérieurs semblent également favoriser l'apparition du néoplasme malin dans le larynx.

Le cancer primitif du larynx, plus fréquent chez l'homme que chez la femme, se rencontre la plupart du temps entre quarante et soixante ans ; toutefois, il a été observé chez des enfants, voire même chez des enfants âgés de moins de neuf ans.

*Symptomatologie.*— D'après Moure, les symptômes du cancer du larynx sont : les uns fonctionnels, les autres objectifs ; l'étude de ces derniers se fait par l'examen de la cavité laryngienne.

Tout d'abord l'existence du cancer laryngé peut rester longtemps méconnue, les troubles fonctionnels qu'il provoque étant peu accentués et mal définis. Les douleurs lancinantes qu'il détermine n'arrivent souvent qu'à une période assez avancée de l'affection.

Les troubles de la phonation sont ceux qui apparaissent les premiers. D'abord, la voix est voilée, elle a le timbre de la laryngite chronique ; plus tard, lorsque la tumeur est ulcérée, elle revêt un caractère pathognomonique, elle est rauque, et son timbre a quelque chose de déchiré.

La toux, d'abord nulle au début de l'affection, apparaît plus tard, en même temps qu'une expectoration pâle et peu cohérente, mêlée de matières grisâtres fétides, ou d'une sanie vermeille plus ou moins colorée.

La dyspnée est souvent lente à se produire, elle se traduit par du cornage, du tirage au creux diaphragmatique, par des accès de suffocation, qui à chaque instant mettent la vie du malade en danger.

Les troubles de la déglutition manquent souvent dans les cancers intra-laryngés, et leur apparition se fait dans la dernière période de cachexie, au moment où le néoplasme envahit le pharynx ou l'œsophage. Cette dysphagie s'accompagne le plus souvent d'une salivation assez abondante, filante, quelquefois ichoreuse et sanguinolente.

Enfin, lorsque le cancer est ulcéré, l'haleine du cancéreux devient d'une fétidité repoussante. Puis, surviennent les hémorragies, qui, abondantes dans certains cas, se révèlent parfois aussi par quelques stries de sang dans les crachats.

Tous ces symptômes, que nous venons d'énumérer, sont insuffisants pour établir un diagnostic certain, si l'on n'y joint

un moyen d'investigation plus puissant à lui seul que tous les autres réunis, nous avons déjà cité l'examen laryngoscopique.

Les signes laryngoscopiques varient suivant la période de la maladie. Au début, la portion de muqueuse que le néoplasme a envahi est œdématiée, puis, elle prend une teinte vineuse, qui peut faire penser à une affection maligne ; plus tard, on peut constater la présence d'une tumeur à base très-large, qui évolue lentement ; sa surface est brune, lisse, mais elle finit par s'ulcérer.

C'est à ce moment seulement, c'est-à-dire lorsqu'il y a ulcération, que le laryngoscope permet d'établir un diagnostic certain.

Pour terminer la symptomatologie, il nous reste à dire quelques mots de l'engorgement ganglionnaire.

Lorsque les ganglions se prennent, il est clair que l'affection touche à sa fin. Les ganglions sous-maxillaires se prennent d'abord, puis viennent les ganglions cervicaux. Leur développement est quelquefois considérable ; ainsi, dans quelques cas, on a vu à l'autopsie de cancéreux les ganglions péritrachéaux et péribronchiques fortement tuméfiés ; ils comprimaient l'appareil respiratoire, et avaient pris la plus grande part dans l'asphyxie dont étaient morts les malades.

L'engorgement ganglionnaire précède de quelques semaines la période cachectique, dernier terme de l'affection.

Telle est la symptomatologie du cancer du larynx. Quoi qu'il en soit, les divers cas de cancer laryngé qui ont été publiés ont montré que la marche de la maladie est beaucoup plus lente qu'on ne serait tenté de le croire pour une dégénérescence si grave d'un organe si important.

D'après Moure, on peut distinguer dans la marche de la maladie deux périodes : la première, lente, dure des années ; « quand, au contraire, la tumeur a commencé à se développer, et, à plus forte raison, lorsque l'ulcération s'est manifestée, le

mal progresse avec une grande rapidité, et la terminaison fatale ne se fait guère attendre au-delà de deux ans » (1).

*Diagnostic* — Diagnostiquer le cancer du larynx au début n'est pas chose facile. On peut tout au plus le soupçonner, lorsqu'au laryngoscope, on aperçoit particulièrement « sur l'une des bandes ventriculaires un gonflement irrégulier et mal défini, d'un gris sale ou rouge vif chez un malade qui a passé la période moyenne, et qui n'a pas d'accidents syphilitiques ou de laryngite chronique » (2).

Lorsqu'il existe une ulcération avec fongosités, on a tout lieu de croire à un cancer ; mais on ne doit porter le diagnostic certain, qu'après avoir fait suivre au malade un traitement anti-syphilitique énergique.

Il est des cas dans lesquels le diagnostic se trouve considérablement simplifié, c'est lorsque l'on peut enlever par la méthode endolaryngée un morceau de tumeur, destiné à être soumis à l'examen microscopique.

*Pronostic.* — Sans intervention chirurgicale, le pronostic du cancer laryngien, qu'il s'agisse d'un cancer épithélial, ou d'un cancer encéphaloïde, est fatal.

La durée du cancer du larynx abandonné à lui-même dépend de sa nature et de son siège : l'épithéliome a un développement en général très lent ; l'encéphaloïde a une évolution beaucoup plus rapide ; d'abord, il s'accroît plus promptement, puis, siégeant le plus souvent sur la partie postérieure du larynx, il amène de la dysphagie et un engorgement assez rapide des ganglions du cou, ganglions qui, dans le cancer épithélial, restent longtemps sans subir aucune altération.

---

(1) Moure, Traité des maladies du larynx.

(2) Morrel-Mackensie, Traité des maladies du larynx.

## CHAPITRE II

### DIFFÉRENTS MODES OPÉRATOIRES QUI ONT PRÉCÉDÉ L'EXTIRPATION DE L'ORGANE VOCAL

Longtemps, nous nous sommes trouvés désarmés contre le cancer du larynx.

Il n'y a pas beaucoup d'années, on se contentait de combattre le mal par des badigeonnages avec la glycerine, par l'emploi de pulvérisations et de bains pharyngés ou laryngés. Le traitement médical, y compris les attouchements répétés de la tumeur avec la teinture de tuya, est toujours resté sans effet. Pour combattre une affection aussi grave, il fallait un traitement chirurgical, rien moins que l'extirpation totale ou partielle de l'organe vocal.

Avant d'en arriver à une telle opération, on a proposé divers procédés qui n'ont guère produit que des insuccès : l'extirpation endolaryngée, la thyrotomie et les diverses laryngotomies sont des opérations déplorables ; la trachéotomie ne peut être considérée que dans un point de vue purement palliatif.

*Extirpation par la méthode endolaryngée.* — Cette méthode, préconisée à juste titre, quand on a affaire à des tumeurs bénignes, bien circonscrites, doit être rejetée en tant que curative, quand il s'agit d'affection cancéreuse. Les tumeurs malignes à l'aide de cette méthode récidivent toujours, et alors leur évolution est très rapide.

Toutefois, la méthode endolaryngée peut servir à établir un

diagnostic. Dans les cas douteux, dit Schwartz, l'ablation d'un fragment de tumeur permettra de connaître le diagnostic et d'agir en conséquence.

*Thyrotomie.* — Si la thyrotomie donne de beaux résultats dans le traitement des polypes, il n'en est pas de même lorsqu'il sagit de cancer. On ne cite que deux cas de guérison par la thyrotomie, celui de Solis-Gohen, et celui de Moure, et cependant elle a été pratiquée dans des cas les plus favorables en apparence. Moure ne cite-t-il pas dans son récent Traité deux malades opérés par lui, qui étaient porteurs de petits épithéliomas des cordes vocales parfaitement limités, et qui lui ont fourni deux insuccès?

Voici en quelques mots en quoi consiste cette opération :

Après avoir anesthésié le malade, fait la trachéotomie, et pris ses dispositions dans le but d'empêcher le sang de tomber dans la trachée, on ouvre le larynx sur la ligne médiane depuis le cricoïde jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne ; on prolonge l'incision par en haut ou par en bas, si le besoin s'en fait sentir. Un aide maintient écartées les deux valves de l'organe, pendant que l'on extirpe totalement la tumeur. Lorsque le curage est complet, et que le sang a cessé de couler, on réunit les cartilages, et on maintient les deux lèvres cutanées en contact, soit à l'aide de bandelettes agglutinatives, soit à l'aide de quelques points de suture.

Citons seulement les laryngotomies sus et sous-thyroïdiennes, qui ne permettent qu'une extirpation très incomplète de la tumeur.

*Trachéotomie.* — La trachéotomie constitue le traitement palliatif par excellence du cancer du larynx. Tous les auteurs la conseillent.

D'abord, elle permet au malade de respirer facilement, puis

« elle immobilise et condamne au repos l'organe vocal, ce qui enraye pour quelque temps la marche de l'affection (1). » Augières, dans sa thèse, prétend que la trachéotomie prolonge la vie de neuf mois en moyenne. Schwartz se range de son avis ; Fauvel va plus loin : il prétend avoir vu la vie de certain cancéreux prolongée de deux ans par la trachéotomie.

La trachéotomie facilite, en outre, les opérations que l'on aura dans la suite à pratiquer sur le larynx.

Certains auteurs ne se sont pas contentés de ce rôle palliatif de la trachéotomie, ils ont voulu lui attribuer une action curative sur le cancer du larynx : ils l'ont opposée à l'extirpation, qui commençait à naître, ils ont voulu en faire la seule opération. Voyons plutôt ce qu'en dit Moure dans son récent travail sur les maladies du larynx :

« La trachéotomie, dont Solis-Gohen a été l'un des partisans » les plus chauds et les plus autorisés, n'est évidemment » qu'un moyen de prolonger les jours du malade, en parant » aux dangers de l'asphyxie, qui le menacent par suite de » l'accroissement du néoplasme. C'est le traitement palliatif » d'un symptôme, ce n'est pas le traitement de l'affection elle-» même. »

Si quelques auteurs, tels que Tillaux, Verneuil et Richet, ont vanté la trachéotomie aux dépens de l'extirpation, c'est que celle-ci, surtout à son début, se présentait sous un aspect peu encourageant, et, comme l'a dit très bien Schwartz, « la » trachéotomie palliative a eu beau jeu devant la nécrologie de » l'extirpation ; mais elle ne guérit pas, et, souvent, la situa-» tion du malade trachéotomisé est moins enviable que celle » d'un opéré. »

Nous passerons sous silence la laryngotomie inter-crico-thyroï-

(1) Fauvel, Traité des maladies du larynx.

dienne préconisée par Krishaber, lui préférant de beaucoup la trachéotomie faite le plus bas possible, un peu au-dessus de la fourchette sternale.

Cette dernière offre, il est vrai, plus de difficulté, à cause de la profondeur où se trouve la trachée à cet endroit, à cause surtout des artérioles et des nombreux lacis veineux, que l'on est obligé d'inciser avant de tomber sur l'arbre aérien. Mais la trachéotomie faite bas a l'immense avantage de retarder l'envahissement de la canule par le néoplasme ; elle permet, en outre, à l'opérateur d'agir dans la suite plus aisément sur l'organe vocal.

Dans cette opération, on a abandonné l'emploi du thermo-cautère ou du galvano-cautère, qui, bien que mettant à l'abri des hémorragies, avaient le grave inconvénient de déterminer des escarres et des lésions trop profondes de tissu. On pratique donc l'incision cutanée au bistouri, en ayant soin toutefois de la faire assez longue, afin de faciliter la ligature des vaisseaux.

Le point capital de l'opération consiste à n'ouvrir le tube aérien que lorsqu'il aura été bien mis à nu, et que l'hémostase sera complète.

# CHAPITRE III

## EXTIRPATION DU LARYNX

L'insuffisance finale des opérations, dont il vient d'être question, a conduit de hardis chirurgiens à entreprendre davantage, et à tenter l'extirpation du larynx ; les exemples en deviennent tous les jours plus fréquents, et permettent de bien augurer du succès futur de cette opération qui, pendant longtemps, a passé pour une excentricité chirurgicale.

« L'extirpation du larynx consiste à enlever tout ou partie de l'organe de la phonation (charpente et parties molles). Elle est totale, dans le premier cas, partielle dans le second » (1); lorsqu'on n'enlève que la moitié droite ou gauche du larynx, l'extirpation partielle devient unilatérale.

### HISTORIQUE DE L'EXTIRPATION

Cette opération, avant d'entrer dans la pratique chirurgicale, a d'abord été entreprise expérimentalement.

C'est Albers qui, le premier, en 1829, extirpa le larynx sur des chiens. Il ne fut pas très heureux dans ses résultats : les animaux succombaient à l'ablation totale du larynx; quelques extirpations partielles seules, en particulier l'extirpation de l'épiglotte, ne furent pas mortelles.

---

(1) Schwartz, thèse d'agrégation, 1886.

Ces expériences n'étaient pas faites pour encourager les chirurgiens à pratiquer cette opération chez l'homme.

Aucune expérience de ce genre ne fut faite jusqu'en 1870, époque où Czerny répéta les expériences d'Albers. Il pratiqua l'extirpation complète sur des chiens, et, il prouva que ces animaux continuaient à vivre sans larynx, et que, même privés de l'organe vocal, ils pouvaient, grâce à une canule confectionnée par lui, continuer à émettre des sons.

Le 31 décembre 1873, trois ans après les expériences de Czerny, sur lesquelles il se basait, Bilroth fit sa première laryngectomie pour cancer. Le succès opératoire fut parfait, mais une récidive éclatait quatre mois après, et le malade mourait sept mois après l'opération.

A vrai dire, ce n'était pas la première fois qu'on extirpait le larynx. En 1866, Watson avait enlevé le larynx d'un homme de trente-six ans atteint de sténose syphilitique ; cette opération, dont le résultat ne fut pas heureux (le malade mourait trois semaines après), n'eut aucun retentissement ; elle ne fut, en effet, publiée que quinze ans après, au Congrès international de Londres.

C'est donc Bilroth, qui, sans conteste, doit être considéré comme ayant pratiqué la première extirpation du larynx ; c'est à lui que doit revenir l'honneur d'avoir mené à bonne fin cette redoutable opération.

Bilroth a eu de nombreux imitateurs. Dans l'année 1874, il fut fait quatre extirpations du larynx par Heine, Maas, Schmidt, et Bilroth (second cas). Depuis lors, les opérations se succédèrent en Autriche, en Allemagne, en Italie, en Angleterre, en Amérique, en Russie, mais l'extirpation n'avait pas encore été tentée chez nous.

En France, la priorité de l'opération appartient au docteur Labbé, qui l'a pratiquée au commencement de l'année 1886,

dans de bonnes conditions ; il fut suivi dans cette voie un mois après par le docteur Péan.

Les résultats donnés par cette opération ont été résumés dans de nombreuses statistiques.

En 1881, Foulis avait pu rassembler trente-deux cas d'extirpation totale, et six cas d'extirpation partielle ; sa statistique fut l'objet d'une longue discussion au Congrès international de Londres. A cette discussion prirent part MM. Schech, Schuller, Solis-Gohen, etc.., etc..., mais, à cause du petit nombre des observations et de leur date trop récente, on ne put formuler aucune conclusion importante.

« En 1885, Hahn (de Berlin) fit paraître une statistique très » complète des cas d'extirpation du larynx publiés jusqu'à cette » époque. Deux ans plus tard, la maladie de l'empereur d'Allemagne met cette question à l'ordre du jour. En France, M. » Baratoux reproduit la statistique de Hahn, et y ajoute les cas » connus depuis 1885. Dans le courant des années 1887-1888, » nous voyons successivement paraître les statistiques de Von » Max Scheier, en Allemagne, de Salomoni, en Italie ; M. » Baratoux traite de nouveau la question dans le *Progrès médical*, Morell-Mackensie publie un long volume pour justifier » sa conduite auprès de l'empereur d'Allemagne » (1).

Enfin, nous empruntons aux docteurs Fauvel et Saint-Hilaire la statistique suivante, parue dans la *Gazette des Hôpitaux* du 24 juin 1890. Cette statistique ne porte, bien entendu, que sur les laryngectomies faites pour cancer.

L'extirpation totale a été faite 142 fois pour cancer.

Voici les résultats obtenus :

10 fois, les malades ont été perdus de vue, ces 10 cas ne doivent pas compter dans la statistique ;

---

(1) Ch. Fauvel, Gazette des hôpitaux du 24 juin 1890.

57 fois, les malades sont morts dans les premières semaines, des suites immédiates de l'opération (pneumonie, pleurésie, septicémie) ;

38 fois la récidive est survenue dans l'année qui a suivi l'opération ;

5 fois, la récidive est survenue après une année : 1° treize mois ; 2° deux ans ; 3° deux ans et un mois ; 4° deux ans et sept mois ; 5° trois ans et quatre mois ;

8 fois, la mort est survenue dans le courant de la première année, d'affections diverses ;

24 fois, les résultats ont été bons. Les malades observés pendant plus d'un an n'ont pas eu de récidive.

L'extirpation partielle a été faite 66 fois pour cancer.

Voici les résultats obtenus :

11 fois, les malades ont été perdus de vue aussitôt après l'opération ;

23 fois, la mort est survenue les premières semaines, des suites de l'opération ;

12 fois, récidive dans le courant de la première année ;

2 fois, récidive après une année (treize, seize mois).

2 fois, la mort est survenue pendant la première année, d'affections diverses ;

16 fois, les résultats ont été bons, les malades observés pendant au moins un an n'ont pas présenté de récidive.

Cette statistique nous montre que les résultats sont meilleurs dans l'extirpation partielle que dans l'extirpation totale ; on relève, en effet, 29 p. 100 de guérisons dans la première, 18 p. 100 seulement dans la seconde.

Lublinski a réuni tout récemment 76 cas d'extirpation, les 38 premières opérations donnent 56, 6 p. 100 de mortalité, les 38 dernières 29 p. 100 seulement.

DISCUSSION

Ainsi que nous l'avons pu voir dans notre historique, l'extirpation du larynx est de date récente, et « comme tant d'autres » opérations, dont le succès est aujourd'hui assuré, elle est » combattue par beaucoup de chirurgiens, et, en particulier, » par ceux qui n'y ont jamais recours (1). »

D'habiles opérateurs lui ont, en effet, préféré la trachéotomie. Cette opération procure, en réalité, une grande amélioration, elle facilite les opérations que l'on a à pratiquer dans la suite sur l'organe vocal, mais elle n'a aucune action curative sur le cancer.

Devant une affection dont la terminaison est fatale, irrémédiable, on ne peut se contenter de la thyrotomie, pas même de la trachéotomie, opération dont les résultats sont insuffisants ; un traitement radical s'impose donc, et ce traitement ne peut être que l'extirpation de l'organe vocal, cette opération n'offrît-elle qu'une seule chance de succès sur quatre-vingt-dix-neuf de mort possible, aussitôt après l'intervention ou dans un avenir plus ou moins rapproché.

D'ailleurs, on a beaucoup accru les dangers de l'extirpation. Grâce, en effet, aux nombreux perfectionnements apportés au mode opératoire, les dangers immédiats de l'opération sont pour la plupart conjurés ; les complications pulmonaires qui ont enlevé tant d'opérés, peuvent être évitées par une antisepsie rigoureuse et par des précautions minutieuses telles que : chambre à température moyenne, humidité de l'atmosphère, cravate de mousseline. Enfin dès 1878, Marelle ne conclut-il

(1) Péan, Gazette médicale de Paris (17 avril 1886)

pas dans sa thèse à la guérion du cancer par l'extirpation ? A l'appui de cette assertion, il cite même l'opéré de Bottini, qui a pu occuper une place de facteur de poste et parcourir tous les jours dix kilomètres à pied.

D'ailleurs, si les statistiques anciennes de cette opération sont de véritables martyrologes, les statistiques nouvelles nous la présentent sous un jour beaucoup plus favorable ; nous avons déjà cité celles de Fauvel et de Lublinski, qui a vu les cas de mortalité diminuer de moitié dans ses dernières laryngectomies.

Nous appuyant sur l'opinion de Péan, nous croyons donc que l'extirpation du larynx aura le même sort que l'hystérotomie vaginale, si longtemps critiquée elle aussi, et qu'elle deviendra l'opération de l'avenir.

D'illustres chirurgiens, en opérant des cancéreux à la période ultime de l'affection, ont aussi beaucoup contribué à assombrir le pronostic opératoire de l'extirpation.

La récidive, en effet, est fatale et ne se fait guère attendre, si l'on intervient pendant la période cachectique, alors que les ganglions sont déjà envahis par le néoplasme.

Une question s'impose donc : à quel moment doit-on tenter l'opération ?

Sur ce point, les auteurs sont tous d'accord ; on ne doit opérer que si l'on peut encore largement circonscrire le néoplasme, et le plus tôt sera le mieux. Aussi doit-on fortement conseiller au malade l'extirpation, sitôt le diagnostic du cancer nettement établi.

Mais on a rarement l'occasion de pratiquer l'opération au début de l'affection, car il est alors très difficile de diagnostiquer d'une façon certaine le cancer ; puis, les malades se décident d'autant plus difficilement à se laisser opérer, qu'à cette période ils n'ont le plus souvent que de légers troubles fonctionnels.

En voici un exemple, que nous avons puisé dans la *Gazette des hôpitaux* de cette année :

« L'abbé J..., grand oratorien, va consulter M. le docteur » Ch. Fauvel, qui aperçoit une petite tumeur cancéreuse sur la » corde vocale gauche. La laryngectomie est proposée au » malade. Mais, comme il souffrait peu, comme il n'était pas » très gêné dans la déglutition et n'éprouvait qu'un peu de » dysphagie, il ne voulut pas consentir à l'opération. Le mal » est resté pendant quatre mois confiné au côté gauche du » larynx, puis a envahi la moitié droite, et, au bout de dix » mois, la dyspnée est survenue très violente. Le malade n'a » même pas voulu en ce moment consentir à la trachéotomie, » et, deux mois après, il mourait d'asphyxie. Il est évident que, » dans ce cas, l'extirpation était bien indiquée et le résultat en » aurait été probablement heureux. »

Il est donc urgent d'établir au plus vite un diagnostic précis, afin d'opérer au début de l'affection. Il faut surtout se bien garder d'entreprendre l'extirpation, lorsque le cancer ne peut être limité, lorsque le malade est tombé dans la période cachectique.

Les extirpations du larynx sont totales ou partielles. Dans quels cas emploiera-t-on les premières, quand devra-t-on pratiquer les autres ?

L'extirpation complète sera nécessaire, lorsque le néoplasme, tout en restant limité au larynx, aura envahi les diverses parties de cet organe. On pratiquera les extirpations partielles, qui sont en somme de véritables résections plus ou moins étendues, toutes les fois que la dégénérescence cancéreuse sera restée circonscrite à une partie du larynx.

Toutefois, on se décidera autant que possible pour les extirpations partielles, qui d'après les statistiques sont les moins meurtrières et aussi les moins sujettes aux récidives :

« L'extirpation totale expose à la mort immédiate beaucoup » plus que les extirpations partielles, elle donne moins sou- » vent aux opérés la chance d'éviter une récidive (1). » Disons enfin qu'à la suite d'une extirpation partielle, la cicatrisation est généralement plus rapide, et l'alimentation plus facile.

C'est eu égard à ces avantages signalés, que nous nous sommes décidé pour l'extirpation partielle dans le cas qui nous concerne. L'observation montrera plus loin, combien les suites de l'opération ont été simples ; notre opéré n'a éprouvé que de légers troubles de déglutition, il a pu se nourrir seul trois semaines après l'opération.

Résumons-nous, et disons que l'extirpation, faite le plus tôt possible, est le seul traitement curatif du cancer du larynx ; elle sera totale, lorsque tout l'organe vocal sera envahi ; partielle, toutes les fois que la tumeur pourra être circonscrite. Enfin, quand l'état du larynx le permettra, les extirpations partielles seront pratiquées de préférence aux extirpations totales, qui sont plus meurtrières, et exposent davantage à la récidive.

### TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'EXTIRPATION

*Opérations préliminaires à l'extirpation.*— Que l'on se décide pour l'extirpation complète ou pour l'extirpation partielle, la trachéotomie préventive pratiquée au moins quinze jours avant l'opération est, de l'avis du plus grand nombre, de toute nécessité pour assurer le succès de l'opération.

D'abord, elle permet au malade débilité, par une respiration précaire, de reprendre des forces, et elle le met dans des

---

(1) L. Gaillard. Revue des sciences médicales (1889)

conditions plus favorables pour supporter ultérieurement l'extirpation.

Elle a le grand avantage d'habituer le malade à respirer dans un tube moins long que ne l'est le conduit laryngo-trachéal.

Grâce à elle, l'anesthésie peut être complète pendant toute la durée de l'opération. A cet effet, on maintient au-devant de la canule une éponge, ou une simple compresse imbibée de chloroforme.

Notre opéré, une fois trachéotomisé, a pu supporter un traitement ioduré énergique de plusieurs jours, alors qu'avant l'opération, de faibles doses d'iodure de potassium provoquaient des crises de dyspnée, qui, parfois, nous faisaient craindre pour ses jours. Comme nous avions affaire à un ancien syphilitique, nous concevons combien, dans ce cas, la trachéotomie nous a été utile dans la confirmation de notre diagnostic.

Enfin, la trachéotomie faite plusieurs jours avant l'opération, permet à la trachée de contracter des adhérences, et dispense ainsi le chirurgien de la suturer à la peau, procédé qui n'est pas exempt de reproches.

Nous voyons donc que les avantages qui militent en faveur de la trachéotomie préventive sont assez nombreux, pour que l'on n'ait pas à hésiter un seul instant à la pratiquer plusieurs semaines avant l'extirpation.

Mais à quel endroit faut-il ouvrir la trachée ?

Ici encore des divergences. « Les uns sont pour la trachéo-» tomie supérieure, les autres pour l'inférieure ; la première » ouvre le tube aérien immédiatement au-dessous du cricoïde, » la seconde un peu plus bas. Nous serions plutôt, d'après ce » que nous avons vu et lu, partisan de la trachéotomie faite un » peu plus bas, comme le recommande Lublinski, de façon à » avoir pendant l'opération les mouvements libres du côté du » larynx, et de plus, pour que, si une récidive survenait après

» la guérison opératoire, elle n'envahît pas immédiatement la » plaie trachéale, et vous forçât à faire une ouverture au-des- » sous (1) ».

Nous nous rangeons à l'avis de Schwartz, et, comme lui, nous conseillerons la trachéotomie faite le plus bas possible. Ce procédé permet d'ailleurs d'isoler la plaie de la trachée du foyer traumatique, qui sera plus tard occasionné par l'extirpation.

Empêcher les liquides d'envahir les voies respiratoires est avec la trachéotomie préalable une des conditions essentielles de la bonne conduite de l'opération, aussi les chirurgiens se sont-ils de tout temps efforcés d'arriver à ce résultat.

Les uns ont employé la canule-tampon de Trendelembourg, les autres le procédé de Rose ; il en est qui ont obturé la trachée à l'aide d'éponges plongées dans des solutions antiseptiques, d'autres enfin ont combiné plusieurs de ces procédés.

La canule-tampon de Trendelembourg se compose « d'une » canule munie à son extrémité inférieure d'un manchon en » caoutchouc communiquant avec l'extérieur par un petit tube » par lequel vous insufflez de l'air avec une poire *ad hoc*. L'air » ainsi introduit vient gonfler le caoutchouc, qui se moule alors » sur la paroi interne de la trachée, et empêche le sang venant » de la plaie supérieure de tomber dans les voies aériennes. » (2)

Mais cette canule ne donne souvent qu'une obturation insuffisante, puis elle est difficile à nettoyer et à rendre aseptique. Aussi lui préfère-t-on souvent le procédé de Rose, qui consiste à renverser la tête de l'opéré fortement en arrière. Combiné à l'obturation de la trachée au-dessus de la canule à l'aide d'une éponge ou de tampons plongés dans une solution

---

(1) Schwartz, thèse d'agrégation (1886).

(2) Moure, Traité des maladies du larynx.

antiseptique, ce procédé nous paraît le meilleur ; c'est celui dont nous nous sommes servi dans le cours de notre opération. On pourra constater qu'il nous a donné d'exellents résultats.

Lorsqu'à l'aide de ces procédés, qui sont les mêmes quel que soit le genre d'extirpation entreprise, on s'est mis à l'abri contre l'introduction du sang dans les voies aériennes, lorsque l'anesthésie est reconnue complète, on peut commencer l'opération.

*Extirpation totale.* — L'incision la plus usitée est l'incision en T, dont la barre verticale part de la partie médiane de l'os hyoïde, et se termine un peu au-dessus de la plaie trachéale (environ 1 centimètre), tandis que l'incision horizontale suit le bord inférieur de l'os hyoïde, et s'étend de l'un à l'autre des sterno-cleïdo-mastoïdiens. Quelquefois, on s'est contenté d'une seule incision médiane.

Les lambeaux cutanés une fois écartés, on dissèque les tissus situés au-devant et sur les côtés des cartilages thyroïde et cricoïde, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à la partie postérieure de l'organe. Pendant cette énucléation, on a lié les artères qui donnaient, et on s'est rendu bien compte des parties malades, de façon à les enlever complètement.

Lorsque les faces antérieures et latérales ont été bien dénudées, et que l'hémostase est complète, on divise la trachée par une section transversale passant au-dessous du cricoïde, puis on introduit l'index dans le larynx par en bas, pendant qu'avec l'autre main on sépare complètement la face postérieure du larynx de l'œsophage. Il ne reste plus qu'à sectionner le ligament thyro-hyoïdien, dernière attache de l'organe.

Quelques opérateurs, dans les cas où le cancer était limité à la partie inférieure du thyroïde, ont pratiqué une section transversale dans le cricoïde même, au lieu de sectionner la

trachée au-dessous de ce cartilage ; de cette façon, ils laissaient au conduit aérien un orifice incompressible.

Il est un autre procédé qui consiste à commencer l'extirpation par la section des attaches supérieures du larynx. Dans ces cas, la séparation de la paroi postérieure du larynx et de l'œsophage se fait de haut en bas ; on termine l'opération par la section de la trachée ou du cricoïde suivant les cas.

On a tout récemment pratiqué l'ablation complète du larynx sans faire de trachéotomie préalable. Nous nous contenterons de mentionner ce nouveau mode opératoire et, nous rangeant de l'avis des docteurs Labbé, Le Dentu, Lucas Championnière, nous donnerons la préférence au procédé précédemment cité.

*Extirpation partielle.* — L'extirpation unilatérale est, de toutes les extirpations partielles, la seule qui ait un mode opératoire distinct.

Voici, d'après Hahn, en quoi il consiste :

« Une incision en L, à branche horizontale dirigée au niveau » de l'os hyoïde, du côté de la moitié à enlever, est faite de façon, » que la branche verticale médiane arrive en bas au-dessous » du cartilage cricoïde. La face antérieure du larynx est mise à » nu sur la ligne médiane. On sectionne alors le cartilage thy- » roïde, et l'on inspecte la cavité du larynx aussi bien que pos- » sible, pour juger de l'étendue de la lésion ; si l'opération est » possible, on coupe le milieu du cricoïde après l'avoir détaché » de la trachée d'un côté seulement, et on fait l'ablation de bas » en haut, après avoir libéré toute la face latérale correspon- » dante du larynx. L'opération achevée, on suture l'œsophage » à la membrane thyroïdienne. La plaie est tamponnée après » l'introduction d'une sonde dans l'œsophage » (1).

---

(1) Schwartz, thèse d'agrégation.

On a peu souvent l'occasion de pratiquer cette opération, car il est rare que le cancer reste limité à une face de l'organe vocal.

Quant aux autres extirpations partielles, il existe autant d'opérations distinctes que de cas, les parties à enlever pouvant être plus ou moins étendues suivant les besoins de l'intervention. Dans toutes ces opérations, le point capital est de bien circonscrire la tumeur, de ne laisser dans la plaie aucune partie lésée.

Dans notre cas, les précautions préliminaires étant prises, M. Bérenger-Féraud a eu l'heureuse idée de faire à la peau une incision semi-lunaire à concavité supérieure. Les deux extrémités de la courbe rejoignaient le bord antérieur des deux sterno-cleïdo-mastoïdiens au niveau des grandes cornes de l'os hyoïde ; son sommet passait à deux centimètres au-dessus de la canule trachéale. Cette incision met largement à nu la région sur laquelle on opère, elle facilite la résection des parties malades.

Cette résection se fait à l'aide du bistouri et du thermo-cautère ; ce dernier a surtout l'immense avantage de mettre à l'abri des hémorragies, qui, le plus souvent, auraient de fatales conséquences pour l'opéré.

Le procédé qui consiste à suturer la paroi antérieure de l'œsophage à la membrane thyro-hyoïdienne nous paraît excellent ; nous l'avons employé, et notre opéré n'a eu que des troubles de déglutition insignifiants ; il a pu commencer à manger trois semaines après l'opération.

*Extirpation par la méthode sous-périchondrale.* — Nous ne pouvons terminer la description des différents modes d'extirpation, sans parler d'un procédé opératoire qui a été inauguré par Heine (de Prague) dans un cas de résection pour sténose syphilitique, et qui a été appliqué aux extirpations tant par-

tielles que totales. Cette méthode dite sous-périchondrale a été suivie par le docteur Péan dans quelques-unes de ses extirpations.

D'après Schwartz, cette méthode consiste, « lorsque les » cartilages sont encore résistants, à détacher le périchondre » après avoir fait la thyrotomie et la cricotomie, et à le décoller » jusqu'à la partie postérieure avec la muqueuse et les produits » morbides qui l'infiltrent ; puis, par un mouvement de torsion, » à les enlever ; la muqueuse et le cancer sont ensuite excisés à » coups de ciseaux ou de galvanocautère, aussi largement que » possible ; les parties du larynx sont enlevées de la même » façon, et il n'y a aucun danger de blesser les vaisseaux et les » nerfs, puisque le périchondre est conservé et forme comme » une barrière. »

Ce procédé est-il préférable ? La plupart des auteurs penchent pour la négative. Il complique en tout cas l'opération, et les avantages qu'il procure ne semblent pas bien réels ; d'ailleurs, il a été assez rarement employé, et beaucoup de laryngologistes ne le citent même pas dans leurs ouvrages.

Est-il nécessaire de dire que, pendant toute la durée de l'extirpation, le chirurgien doit s'appliquer à observer scrupuleusement les règles les plus strictes de l'antisepsie, et cette antisepsie sera de règle jusqu'à la guérison complète de l'opéré.

Une fois le larynx enlevé en partie ou en totalité, on place la sonde œsophagienne en l'introduisant par une des narines, par la bouche, ou par la plaie, que l'on bourre à l'aide de gaze iodoformée ou bichlorurée ; puis, on applique un pansement antiseptique.

Chez notre opéré, nous nous sommes servi pendant tout le temps d'une sonde urétrale ordinaire, que nous introduisions par la bouche, chaque fois que nous voulions alimenter le

malade ; dans l'intervalle, elle restait plongée dans une solution bichlorurée.

### Prothèse laryngée

Enfin, avant de publier notre observation, disons quelques mots sur la prothèse laryngée.

Une fois la plaie complètement cicatrisée, on a essayé de rendre la parole aux opérés à l'aide de divers appareils prothétiques. Un des plus connus est sans contredit celui de Gussembauer.

Il est formé de deux tubes, l'un deux s'adapte à la trachée, l'autre aboutit dans le pharynx. Ces deux tubes, en se réunissant forment un angle, au niveau duquel se trouve une ouverture qui sert à introduire dans l'appareil, au gré du malade, une cassette pourvue d'une lame vibrante.

L'air sort de la trachée, parcourt la canule et rencontrant la lame la fait entrer en vibration.

Tel est, dans cet appareil, le mécanisme de la production du son, lequel est modulé en voyelles et en consonnes par le pharynx, la langue et les lèvres.

D'illustres chirurgiens, surtout en ces derniers temps, ne se sont pas préoccupés à dessein de la pose de ces appareils, qui deviennent souvent une cause d'irritation locale et ne donnent que des résultats très peu encourageants.

D'un autre côté, on cite certains opérés qui, sans aucun appareil prothétique, sont parvenus à parler relativement assez bien. Témoin notre opéré qui, lors de sa sortie de l'hôpital, pouvait ce faire comprendre du personnel du service ; il est à supposer qu'avec de l'exercice, il eût pu, dans la suite, se faire comprendre du premier venu.

A ce sujet, nous transcrivons à peu près en entier l'article suivant, paru dans la *Revue des Sciences Médicales* du 15 juil-

let de l'année dernière, sous le titre de « *Pseudo-voix après extirpation du larynx* » ; cet article a été traduit de Strübing par le docteur Galliard :

« Il y a des sujets qui, après l'extirpation du larynx et la » suppression de toute communication entre la trachée et la » bouche, peuvent encore parler à haute voix. C'est que, d'une » part, il existe chez eux, à la base de la langue, une cavité qui » sert de sac à air comme le feraient les poumons, et qui fournit, » sous l'influence des contractions musculaires, le courant d'air » nécessaire à l'émission des sons ; d'autre part, la base de la » langue en se rapprochant de la paroi postérieure du pharynx » limite un espace rétréci, une fente comme la fente glottique. » Pour ce qui concerne la formation des voyelles et des con- » sonnes, elle s'effectue dans les conditions normales.

» Strübing a observé un exemple remarquable au point de » vue de la production de la pseudo-voix. Le sujet opéré par » Schmidt parle assez haut pour se faire entendre à une assez » grande distance, mais il ne peut parler longtemps : quand il » a dit quelques mots, sa provision d'air est épuisée, il relâche » alors tous les muscles qui ont servi à chasser l'air, et l'air » se précipite avec un bruit appréciable dans la cavité rétro- » linguale. »

Ces cas de pseudo-voix, après extirpation de l'organe vocal, dont l'observation qui va suivre nous offrira un exemple, ne militent pas peu en faveur de la laryngectomie.

## CHAPITRE IV

### OBSERVATION INÉDITE D'ÉPITHÉLIOMA DU LARYNX MENAÇANT LE MALADE D'ASPHYXIE

OPÉRATION. — GUÉRISON PARAISSANT SOLIDE DEUX MOIS APRÈS

Le 15 mars 1889, M. X..., officier de l'armée, est envoyé d'urgence au milieu de la nuit à l'Hôpital maritime de Toulon.

Le médecin résident de l'établissement jugeant la situation dangereuse nous appela aussitôt.

A notre arrivée auprès du malade, nous constatâmes que M. X..., âgé de 53 ans, était dans un état d'anxiété respiratoire très grande ; il avait les extrémités digitales cyanosées, et était menacé d'asphyxie imminente. Le médecin qui l'avait conduit à l'Hôpital nous informa qu'il était atteint d'une affection organique du larynx, provoquant des étouffements de plus en plus fréquents et de plus en plus graves depuis quelques jours.

On prépara sans retard les instruments nécessaires pour pratiquer la trachéotomie ; en même temps qu'on appliquait des révulsifs sur les extrémités. Peu de temps après, les quintes de toux strangulante furent suivies de crachements sanglants assez abondants, et la respiration, quoique encore très gênée, se fit alors assez bien pour qu'on pût différer l'opération, qui aurait été faite dans de très mauvaises conditions d'éclairage pendant la nuit.

Le lendemain matin, les crachats parurent contenir un peu de pus, bientôt ils furent entièrement purulents ; et comme la

respiration se faisait d'une manière supportable, nous profitâmes de cette rémission pour nous livrer aux investigations, qui pouvaient nous servir pour établir un diagnostic, et prendre une résolution pour la thérapeutique. Voici ce qui ressortit de nos recherches et de notre examen.

M. X..., né dans les parties montagneuses de la Haute-Provence, de parents sains, n'ayant jamais eu à sa connaissance aucun de ses ascendants atteint d'affection cancéreuse ou tuberculeuse, entra au service comme soldat en 1858.

En 1862, il eut un chancre induré et un bubon à l'aine droite, il passa quarante cinq jours dans un hôpital militaire, fut soumis à un traitement au Van-Swieten.

Quelques mois après, apparition d'accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses).

Un traitement hydrargirique et à l'iodure de potassium fut institué à cette époque ; et pendant les huit années qui suivirent, M. X... put croire qu'il était complètement guéri.

En 1870, pendant notre malheureuse guerre, M. X..., reçut un coup de feu au bras gauche, blessure assez grave ayant entraîné une diminution dans les mouvements du coude, mais ayant guéri vite, et sans complications. En 1873, il fit une saison aux eaux de Barèges pour sa blessure, et ne vit surgir aucun phénomène qui put faire penser qu'il n'était pas entièrement guéri de la syphilis.

M. X.... se maria en 1873, après avoir consulté plusieurs médecins, et avoir suivi un traitement dépuratif par précaution. Il a eu de son mariage une fille qui a quatorze ans actuellement, et qui s'est toujours très bien portée. Sa femme mourut des suites de couches et d'une maladie de cœur, sans avoir jamais rien présenté, qui put faire penser qu'elle était sous l'influence de la diathèse décrite.

En 1877, 1878 et 1879, étant en garnison dans une ville du Midi, et chargé de l'instruction des engagés conditionnels, il

commença à avoir la voix éraillée ; il attribuait cet enroûment à la fatigue du commandement, et il fut obligé à plusieurs reprises de se soigner. Vers cette époque, il eut de l'eczéma, de l'intertrigo, de l'acné, des démangeaisons vives à la peau, de l'urticaire à répétition. Ces accidents, qui le préoccupaient, lui firent consulter divers médecins, et suivre plusieurs traitements dépuratifs.

En 1881, M. X.... commença une campagne de cinq années en Algérie ; sa gorge devenait de plus en plus délicate, et le médecin de son régiment fut obligé de le soigner presque constamment. Il lui touchait la gorge avec une solution de sulfate de zinc, et aussi avec de la teinture d'iode.

La maladie de gorge continuant, il fit de 1883 à 1885 trois cures, dont l'une aux eaux d'Allevard, et deux autres aux eaux d'Amélie-les-Bains, sans éprouver d'amélioration sensible.

La voix devenant de plus en plus rauque, M. X... passa en 1887 dans un service de bureau, et fut envoyé à Toulon. Il consulta aussitôt son arrivée le médecin du régiment, qui lui fit suivre divers traitements : liqueur de Van-Swieten, Rob Lechaux, iodure de potassium, etc., sans aucune amélioration. En même temps, il prit de la liqueur de Fowler pour l'affection herpétique sans obtenir grand résultat.

En 1888, il fit une nouvelle saison à Allevard. Le certificat individuel qui fut dressé à cette époque, portait : laryngite chronique. Le 28 août, jour de l'arrivée à l'établissement, on a constaté une ulcération de la corde vocale gauche avec œdème du repli arythéno-épiglottique gauche. Après vingt-huit jours de traitement, le gonflement avait, paraît-il, un peu diminué, mais l'ulcération persistait toujours.

Vers le 10 février 1889, il commença à sentir de la gêne dans la respiration ; il fut d'abord vite essoufflé, lorsqu'il montait les ecaliers, puis il eut un sentiment d'étouffement perma-

nent, qui fut si intense, le 25 mars, qu'on dût l'envoyer d'urgence à l'hôpital au milieu de la nuit.

Dès le lendemain de son arrivée à l'hôpital, M. X... fut soumis à l'usage d'une potion contenant quatre grammes de bromure de potassium pour qu'on pût examiner la gorge avec moins de difficulté. En la regardant quelques jours après au laryngoscope, on constata que l'épiglotte était d'une couleur rouge intense, tuméfiée, et que l'ouverture glottique apparaissait difficilement à cause du gonflement de la base de la langue. Elle était régulièrement triangulaire, sans déformation, mais les tissus de la région arythénoïdienne tuméfiés et d'une couleur rouge intense empêchaient de voir les cordes vocales dans la plus grande partie de leur étendue. L'examen laryngoscopique répété plusieurs fois et par divers observateurs, ne fournit pas d'autre indication.

Quel diagnostic pouvait-on porter sur cette affection du larynx ?

Les questions de tubercule, de syphilis, et de cancer devaient se poser naturellement à notre esprit.

L'âge du sujet, sa constitution robuste par ailleurs, la longue durée de la maladie nous éloignaient de la première hypothèse. Les traitements hydrargiriques et iodurés, les cures d'eau sulfureuse faites sans poussée morbide, la bonne santé de l'enfant de M. X..., née longtemps après la première apparition des accidents syphilitiques, étaient de nature à nous éloigner aussi, au moins à certains égards, de la seconde. C'est-à-dire que : dans le cas où la diathèse syphilitique aurait pu être incriminée pour le début de l'affection, elle paraissait devoir être reléguée au second plan dans le moment actuel, tandis que par élimination nous étions porté vers la troisième.

Il nous manquait, à vrai dire, un élément précieux de diagnostic, celui de l'examen histologique ; mais, ne pouvant en

ce moment y recourir, force nous fut de nous en tenir aux seules indications du diagnostic macroscopique.

Nous arrivâmes donc à penser que l'hypothèse suivante pouvait être adoptée : syphilis ayant produit jadis des accidents morbides secondaires ou tertiaires sur le larynx, ces accidents ayant, à leur tour, entraîné par leur longue durée une altération de l'organe, persistant après la guérison de la syphilis. Qu'elle fût ou non d'origine syphilitique, cette maladie du larynx était, dans le moment présent, caractérisée par une inflammation suppurative, bornée jusque-là à l'organe, sauf tendance manifeste à l'extension au-delà de ses limites. Elle menaçait le malade d'asphyxie prochaine, soit par la diminution du calibre du tube respiratoire, soit par l'obstruction mécanique de ce tube sous l'influence de la suppuration et de la nécrobiose des tissus.

Par ailleurs : constitution robuste, bon état de la nutrition générale, aucune apparence d'infection ; bref, on pouvait penser que tout en menaçant très grandement la vie dans le moment actuel, l'affection n'avait pas encore eu de retentissement appréciable sur le restant de l'organisme.

Dès le 18 mars, la dyspnée redevint très gênante, elle se manifestait par des crises irrégulières, et, dans la nuit du 24 au 25, elle fut si menaçante que l'opération de la trachéotomie ne fut pas différée plus longtemps.

D'ailleurs, qu'elle que fût l'espèce de la maladie, le fait d'une lésion menaçant directement et à courte échéance l'existence du malade, soit par action mécanique sur laquelle nous ne pouvions conserver aucune illusion, soit par une généralisation du mal que nous étions en droit de craindre pour l'avenir, nous traçait étroitement la ligne de conduite à suivre : la trachéotomie faite le plus bas possible comme thérapeutique d'attente ; l'ablation de la tumeur devait être tentée ensuite comme thérapeutique effective.

La trachéotomie, quoique rendue plus difficile par l'extrême développement du réseau veineux thyroïdien, fut faite sans accident notable. La canule fut bien supportée et la respiration se fit très facilement dès ce moment-là, excepté lorsque le malade ingérait des aliments et surtout des boissons, car chaque ingurgitation était suivie d'une vive douleur, à laquelle succédaient bientôt un sentiment d'étouffement et une quinte de toux.

Nous profitâmes du répit que nous donnait la trachéotomie, pour essayer un traitement à l'iodure de potassium à doses massives, qui devait agir favorablement au cas où nous aurions été en présence d'accidents syphilitiques tardifs.

Mais nous n'obtînmes rien d'efficace ; la situation devint bientôt très précaire, le malade, quoique très bien habitué à sa canule, était à chaque instant menacé d'asphyxie, soit lorsqu'il ingurgitait le moindre aliment solide ou liquide, soit même spontanément.

Le 3 mai, il survint un changement dans l'état de la tumeur. La grosseur assez dure, qui occupait une partie des deux faces du cartilage thyroïde, sembla devenir un peu plus molle. En même temps, la déglutition était plus pénible et plus difficile ; des mouvements spasmodiques du pharynx, provoqués par un besoin incessant d'avaler la salive, constituait une gêne de plus en plus grande pour M. X...

La question de l'opération avait été étudiée, et après avoir longuement pesé les diverses raisons qui plaidaient pour ou contre elle, l'intervention chirurgicale avait été décidée. En présence de la marche de la maladie vers l'aggravation, elle ne devait plus être différée, et elle fut, en effet, pratiquée le 8 mai dans la matinée.

*Opération.* — Le malade ayant été rasé au préalable, fut couché sur une table d'opérations disposée en plan incliné, de

telle manière que les pieds étaient plus élevés que la tête. Un oreiller placé momentanément sous le cou et la tête, et devant être retiré dès que l'insensibilité cloroformique serait obtenue, rendait la position moins gênante pour lui.

Disons d'un mot que les précautions antiseptiques avaient été prises aussi complètement que possible, dans un hôpital aussi ancien que celui de Toulon. L'opérateur et les aides avaient revêtu une blouse venant du blanchissage, leurs mains étaient rigoureusement aseptisées, les instruments, fils à ligature, etc., étaient plongés dans des solutions phéniquées ou bichlorurées fortes.

L'opérateur était placé à gauche du patient avec un aide chargé de l'hémosthase à son côté droit. Au côté droit du malade se trouvait deux aides, dont l'un devait s'occuper uniquement de la chloroformisation. Un quatrième aide avait la mission de passer les instruments nécessaires ; enfin, un dernier tenait un cautère Paquelin toujours chauffé au rouge sombre.

Une injection hypodermique de deux centigrammes de chlorhydrate de morphine avait été faite une demie-heure avant l'opération, et, tout étant disposé, on commença la chloroformisation à l'aide d'une compresse placée près de la canule trachéale.

Le malade s'endormit doucement et sans mouvements réactionnels. Lorsque l'insensibilité fut suffisante, on plaça horizontalement sur le cou, au-dessus de la canule à trachéotomie, entre la peau et le pavillon de la canule, une bande d'amadou enduite d'une solution de gomme sur sa face tomenteuse, de manière à empêcher le sang de pénétrer dans la trachée, dans le cas où pendant l'opération on aurait été obligé de relever un instant la tête du malade. Puis l'oreiller, qui avait été placé sous la tête avant la chloroformisation, ayant été retiré, la tête étant renversée en arrière autant que possible, on commença l'opération.

Une incision semi-lunaire à concavité supérieure fut pratiquée, elle partait à peu près du voisinage des muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens au niveau de l'os hyoïde, et venait passer à deux centimètres au-dessus de la canule à trachéotomie. Les vaisseaux de la peau furent liés avec soin au fur et à mesure, et nous obtînmes ainsi un lambeau cutané qui fut relevé par des érignes, et qui mit largement à nu la région sur laquelle nous allions agir.

Une fois le sang bien étanché sur la surface cruente, nous fîmes une incision longitudinale sur la ligne médiane allant depuis la base de l'os hyoïde jusqu'au-dessous du cartilage cricoïde. Nous voulions ainsi mettre à nu l'angle saillant du cartilage thyroïde, que la dureté de la tumeur nous permettait de croire intact. Mais notre surprise ne fut pas minime, lorsqu'après avoir divisé plus d'un centimètre d'un tissu infiltré d'un pus épais et visqueux nous arrivâmes dans la cavité laryngienne sans avoir rencontré le bouclier thyroïdien.

Il y eut alors un moment d'émotion ; malgré la ligature très attentionnée et rapide de tous les petits vaisseaux ouverts par le bistouri, les lèvres de l'incision saignaient, et le sang tombant dans la cavité du larynx était attiré malgré la position déclive de la tête par les mouvements d'inspiration, il arrivait dans la trachée en glissant sur les côtés de la canule. Un peu d'oppression, des râles trachéaux se produisirent, et un accès de toux fit apparaître du sang à l'orifice de la canule. Des tampons de coton hydrophile trempés dans la solution de bichlorure hydrargirique, et attachés par un fil, furent rapidement portés avec le doigt sur l'orifice cricoïdien de la trachée, et la menace d'asphyxie fut conjurée ainsi.

L'incision longitudinale de la partie médiane du larynx fut complétée alors, allant de l'os hyoïde au cartilage cricoïde. Puis avec le cautère Paquelin nous fîmes une incision parallèle aux cornes de l'os hyoïde, et, en implantant une érigne de

chaque côté à l'angle du lambeau ainsi formé, l'intérieur du larynx nous apparut sous l'aspect d'une ouverture triangulaire assez large pour qu'on pût se rendre exactement compte de l'état des parties.

Nous constatâmes alors qu'au lieu du tube laryngien, il n'y avait plus qu'une cavité anfractueuse au fond de laquelle apparaissait la glotte tuméfiée et ulcérée ; dans cette cavité étaient des bourgeons charnus, du pus, et des fragments de cartilages nécrosés. L'organe vocal était atteint dans une assez grande étendue, les lésions étaient surtout accentuées à gauche.

Moitié avec le Paquelin, moitié avec le bistouri, nous coupâmes les deux lambeaux formés par la réunion des incisions précitées, de manière à agrandir largement le triangle, et nous enlevâmes ainsi peu à peu les tissus qui nous parurent altérés : muscles thyro-hyoïdiens et crico-thyroïdiens, portions nécrosées du cartilage thyroïde, fragments de muqueuse, et bourgeons de mauvais aloi.

De temps en temps, on coupait ainsi des tissus profondément placés ; une branche artérielle donnait, elle était saisie aussitôt et liée, et nous n'attaquions un autre point que lorsque le sang avait été bien rigoureusement étanché.

Une fois les deux côtés latéraux de la région bien nettoyés, et ne présentant plus que des éléments anatomiques assez sains pour être conservés, on s'occupa de la face profonde du larynx, et tout ce qui nous parut malade fut réséqué. Les cartilages arythénoïdes, les muscles arythénoïdiens et crico-arythénoïdiens, la partie supérieure même de la face postérieure du cartilage cricoïde furent successivement enlevés en tout ou partie. D'ailleurs, pour nous rendre compte de ce qui devait être enlevé et de ce qui devait être laissé, nous introduisions l'index dans l'œsophage pour faire saillir la face postérieure du larynx, et avec la pulpe du pouce nous examinions le degré

d'épaississement des tissus. Nous réséquâmes ainsi avec soin tout ce qui ne nous parut pas parfaitement sain.

Quand toutes les parties altérées de la région eurent été rigoureusement enlevées, on passa une inspection minutieuse de l'état des lieux, et voici ce qne l'on constata : une grande partie du cartilage thyroïde avait disparu ou avait été enlevée, il ne restait plus à gauche qu'une étroite bande cartilagineuse réunissant les cornes supérieure et inférieure ; à droite, la moitié antérieure de la surface, avait disparu. Au-dessous de l'épiglotte, qui avait été conservée, existait une vaste brèche rectangulaire, par laquelle l'œsophage s'abouchait largement dans la cavité laryngienne.

Une fois le sang parfaitement étanché, la région minutieusement nettoyée de toute portion paraissant malade, nous procédâmes au pansement.

A l'aide de deux fils de soie, on sutura l'œsophage à la partie correspondante de la membrane thyro-hyoïdienne, laissée adhérente au bord inférieur de l'os hyoïde. Ces fils furent serrés de manière à diminuer, autant que faire se pouvait, la grande brèche œsophagienne. De cette façon l'œsophage fut amené presque au contact de la membrane thyro-hyoïdienne. Le lambeau cutané fut alors rabattu, deux points de suture de chaque côté diminuèrent l'étendue de continuité de la peau.

Dans ces conditions, la face antérieure du cou ne paraissait pas déformée à première vue, parce que de chaque côté ce qui restait du cartilage thyroïde maintenu en place par en bas par le cricoïde, en haut par l'os hyoïde, maintenait l'apparence normale. Mais au-dessous du lambeau cutané, se trouvait une cavité qui pouvait recevoir facilement un œuf d'oie. Cette cavité fut bourrée d'une longue bandelette trempée dans la solution de bichlorure au millième, puis bien exprimée et passée dans la poudre d'iodoforme. Un morceau de gaze iodofor-

mée plié en plusieurs doubles, puis un tampon de coton hydrophile couvert d'un carré de gutta-percha laminée, furent placés sur la région et maintenus par un chevestre.

Le malade fut rapporté dans son lit. L'opération avait duré près de deux heures, et la chloroformisation avait été pratiquée pendant une heure et demie environ.

Cette opération avait été, en somme, bien supportée par le sujet. Il avait fallu, à diverses reprises, diminuer et suspendre même la chloroformisation, parce que le pouls, qui était à quatre-vingt au début, était descendu à cinquante, et même à quarante.

Les parties de tissu malade qui avaient été enlevées pendant l'opération avaient été mises à part au fur et à mesure ; elles furent envoyées à M. le professeur Bard (de Lyon), qui a bien voulu nous rendre le service de nous prêter le concours de ses lumières sur les indications fournies par l'examen microscopique.

*Examen de M. le professeur Bard (de Lyon).* — « L'examen de la pièce qui m'a été envoyée soulève quelques difficultés d'interprétation. Tout bien considéré, il s'agit d'un épithélioma corné. L'épithélium épidermique se présente en îlots et en traînées étendues. L'évolution cornée est très caractérisée, mais elle se montre en zones étendues plutôt qu'en globes cornés.

» Ce qui crée ici une difficulté d'interprétation au premier abord, c'est que le stroma conjonctif de la tumeur est le siège d'une infiltration embryonnaire du type suppuratif. Il s'agit sans doute ici d'une lésion bien inflammatoire, secondaire à l'invasion de la tumeur par les microbes. Le fait est très fréquent dans les épithéliomas extérieurs en contact avec l'air et

les matières alimentaires, comme ceux de la bouche et du larynx.

» Il est difficile parfois, en pareil cas, de se prononcer sur la nature des lésions, quand on est en présence de ces processus mixtes et en quelque sorte associés. Il est certain en tous cas, qu'il ne s'agissait pas d'une gomme. Au seul point de vue anatomique, cette lésion pouvait être confondue en quelque mesure avec des accidents secondaires de syphilis, qui ne sont pas en cause ici, mais nullement avec des lésions tertiaires.

» Ici, il pourrait être difficile de faire la part de la tumeur elle-même et de la suppuration secondaire, dont elle est le siège dans les désordres anatomiques produits ; mais, en somme, c'est la tumeur qui est le fait capital et prédominant.

» Par elle-même et anatomiquement, cette tumeur est maligne, mais de faible malignité, et elle eût présenté un développement lent sans l'intervention des phénomènes inflammatoires secondaires. »

Les suites de l'opération furent extrêmement simples. La température, qui était de 37° immédiatement avant l'opération, resta à ce niveau pendant toute la journée. Elle oscilla de 37°1 à 38° le lendemain, de 36°8 à 37°5 le surlendemain 10 mai ; de 36°8 à 37°3 jusqu'au 23, de 36°5 à 37°2 jusqu'au 1er juin ; et elle n'a plus été prise ensuite, le sujet se trouvant en excellente santé générale.

Pendant les premiers jours, le malade fut alimenté à l'aide d'une sonde rouge petit calibre (n° 16 de la filière des sondes urétrales), qui était introduite dans l'œsophage par la bouche six ou huit fois par jour, et qui permettait l'ingestion, avec une seringue, de substances alimentaires liquides : lait, bouillon, vin, peptone.

On nourrit ainsi le malade jusqu'au 31 mai, moment où il

commença à manger par lui-même. Depuis le 24 mai, les liquides absorbés ne s'écoulaient plus par la plaie.

Quant au pansement, il fut fait régulièrement deux fois par jour à partir du surlendemain de l'opération. Il consistait dans un nettoyage attentionné de la canule et de la plaie avec une sulution boriquée à 8 p. 100, la plaie était ensuite bourrée mollement avec une bandelette de gaze iodoformée jusqu'à affleurement de la peau ; et cette région était défendue du contact de l'air par quatre doubles de gaze trempée dans la liqueur de Van-Swieten, recouverte d'une couche de coton hydrophile et d'un carré de gutta-percha laminée ; le tout était maintenu en place par un chevestre pendant les premiers temps, une bande roulée en cravate plus tard.

La plaie se rétrécit graduellement. Après l'opération, le lambeau de peau remis en place sur le cou recouvrait une cavité grosse comme un œuf d'oie ; peu à peu cette cavité se rétrécit et se transforma en un conduit du diamètre de l'index, sans avoir aucune tendance à se rétrécir davantage.

Le 7 juillet, la bandelette iodoformée fut supprimée, on se contenta d'obturer seulement l'orifice de la plaie à l'aide d'un tampon fait avec quatre doubles de gaze trempée dans l'acide borique, et, en quatre jours, le canal fut réduit au diamètre d'une plume d'oie, tendant à se rétrécir insensiblement.

Dès le 15 juin, moment où nous eûmes deux canules de même calibre, on prit l'habitude de changer la canule chaque matin.

Dès le 10 juillet, l'opéré s'habitua à faire lui-même son pansement et à changer sa canule, et le 17 juillet il fut mis exeat sur sa demande.

A ce moment, il fut examiné pour la dernière fois, et voici le résultat de cet examen :

État général excellent ; M. X... a toutes les apparences de la santé, il mange et dort bien ; toutes les fonctions biologiques

se font parfaitement ; il va au grand air et fait de longues courses à pied.

Le pansement, très simple d'ailleurs, est fait par l'opéré comme un complément de toilette de tous les jours ; il change sa canule sans aucune difficulté. Ce pansement, dissimulé par la cravate, permet à M. X... de sortir dans la rue sans que personne ne se doute de l'opération qu'il a subie.

A la vue, on constate sur la face antérieure du cou l'aplatissement de la pomme d'Adam, aplatissement plus marqué à gauche qu'à droite. A la partie inférieure du cou se voit l'orifice, vestige de la plaie qui bourgeonne et a le diamètre d'une plume de corbeau ; plus bas, se trouve la canule très mobile et facilement mise ou enlevée par le moindre mouvement de pression ou de traction exercée sur son pavillon.

Au toucher, on sent qu'il reste une portion de cartilage thyroïde sur les côtés, plus à droite qu'à gauche. Il n'y a absolument aucune tuméfaction, aucun engorgement local ou à distance, superficiel ou profond, en un mot, aucune apparence de tendance à une évolution morbide.

L'examen au laryngoscope montre, de son côté, que toute rougeur a disparu dans les environs de la glotte et de l'épiglotte ; celle-ci mobile surmonte une dépression irrégulière et froncée dans sa partie déclive, qui a remplacé l'ouverture de la glotte ; et c'est dans cette partie déclive que doit se trouver l'orifice qui fait encore communiquer le fond de la gorge avec la plaie du cou ; mais cet orifice est si minime et si anfractueux qu'on ne peut le voir distinctement.

Bien que le larynx ait disparu, et que tout l'air des poumons sorte par la canule, la phonation n'est pas cependant complètement abolie, et on peut dire, chose paradoxale, que M. X... parle. En effet, s'il est obligé d'écrire sa pensée pour se faire comprendre de ceux qui le voient pour la première fois, il arrive très vite à se faire comprendre des personnes qui le

voient fréquemment : les médecins et les étudiants qui le pansent, la sœur de service, les infirmiers. Il parle en emmagasinant un peu d'air dans la bouche et le pharynx, et en le chassant à l'aide de la contraction de certains muscles, pendant qu'il fait les mouvements des lèvres et de la bouche nécessaires à l'articulation des lettres labiales, dentales, et linguales. Dans ses efforts de phonation, M. X... remplace ainsi les gutturales par les précédentes, de sorte que, sans larynx, il produit en réalité des sons assez rapidement compréhensibles pour les personnes qui y prêtent une attention soutenue.

Sorti de l'hôpital aussi bien guéri que possible, M. X... s'en retourne chez lui, et, huit jours après, sous l'influence de tristesses que nous ne pouvons apprécier, il en finit avec la vie, si les renseignements venus à notre connaissance sont exacts.

## CONCLUSIONS

L'extirpation précédée de la trachéotomie faite le plus bas possible, constitue le seul traitement curatif du cancer primitif du larynx.

L'extirpation partielle étant moins meurtrière, et exposant moins aux récidives que l'ablation complète devra être employée de préférence à cette dernière, toutes les fois que, par des résections même très étendues, on pourra enlever toutes les parties altérées.

Enfin, il ne faut pas trop se préoccuper de la pose des appareils prothétiques, dont les résultats sont en réalité si peu encourageants jusqu'ici, alors que dans certains cas sans larynx artificiel, l'opéré est parvenu, avec de l'exercice, à se faire comprendre au moins de son entourage d'une manière suffisamment satisfaisante.

---

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 23 novembre 1890.
Le Recteur de l'Académie,
H. GÉRARD.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 22 novembre 1890.
Le Doyen,
A. CASTAN.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Moure. — Traité des maladies du larynx.

Krishaber. — Cancer du larynx.

Isambert. — Maladies du larynx.

Morell-Mackensie. — Maladies du larynx.

Fauvel. — Traité des maladies du larynx.

Gottstein. — Maladies du larynx.

Augièras. — Thèse de Paris, 1877.

Schwartz. — Tumeurs du larynx. (Thèse d'agrégation de Paris, 1886.)

Marelle. — Cancer laryngé. (Thèse de Paris, 1878.)

E. Blanc. — Thèse de Paris, 1872.

Hermantier. — De l'extirpation du larynx, historique, technique opératoire. (Thèse de Paris, 1876.)

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*